

Gesamtvergütungsvereinbarung für das Jahr 2022 konsentiert – Förderungen werden ohne Mengengrenzung honoriert

Die Verbände der Krankenkassen in Sachsen und die KV Sachsen haben den Inhalt der Gesamtvergütungsvereinbarung 2022 abgestimmt.

Entsprechend den Bundesvorgaben wird die Gesamtvergütung um die gewichtete Veränderungsrate von Morbidität und Demografie sowie um die Punktwertehöhung weiterentwickelt.

Die Gesamtvergütung des Jahres 2022 steigt deshalb im Vergleich zum Vorjahr um insgesamt 1,465 %. Damit stehen den Vertragsärzten im Jahr 2022 ca. 20 Mio. EURO mehr für die ambulante Versorgung der sächsischen Versicherten zur Verfügung.

Im Bereich der Förderungen wird das bestehende zusätzliche Budget (2021 waren dies 26,46 Mio. EURO) durch eine außerbudgetäre Einzelleistungsvergütung der vereinbarten Zuschläge ohne Mengengrenzung ersetzt. Künftig wird die vereinbarte Förderung also für jede erbrachte Förderleistung zusätzlich gezahlt. Die Vertragspartner erhoffen sich dadurch einen verstärkten Leistungsanreiz für die förderungswürdigen Leistungen bzw. Leistungserbringer.

Förderungen können entsprechend der rechtlichen Rahmenbedingungen vereinbart werden, wenn durch diese eine Versorgungsverbesserung erreicht werden kann. Die Vertragspartner sind verpflichtet, den bestehenden Versorgungsmangel zu beschreiben und Maßnahmen zu definieren, die den Mangel beseitigen könnten. Förderungen, die aus diesen Gründen vereinbart werden, sind temporäre Sonderzahlungen, die das Honorar eines Arztes, bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen, für die Laufzeit des Förderzeitraumes erhöhen können. Sie sind kein dauerhafter Honorarbestandteil.

Von den Vertragspartnern ist für jedes Jahr zu prüfen, inwieweit die im Vorhinein definierten Versorgungsziele erreicht wurden. Kommen die Vertragspartner in ihrer Bewertung zu dem Ergebnis, dass eine Förderung nicht zur Versorgungsverbesserung beiträgt, also die vereinbarten Ziele nicht erreicht worden sind, so ist diese einzustellen.

Nachfolgend wird in stark verkürzter Form dargestellt, welche Förderungen für 2022 vereinbart wurden und welche Voraussetzungen zu erfüllen sind, damit die Förderungen zur Auszahlung gelangen. Die konkreten vertraglichen Regelungen erfahren Sie auf der Homepage der KV Sachsen (<https://www.kvs-sachsen.de/mitglieder/vertraege>).

Die Förderungen 2022 im Überblick:

Unterversorgte Gebiete

Zuschlag in Höhe von 25 % des Durchschnittsfallwertes 2019 für im aktuellen Quartal über dem Fallzahldurchschnitt des Jahres 2019 erbrachte Fälle der Praxis, sofern die Praxis in einem **unterversorgten Gebiet** bzw. in einer **Region mit zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf** tätig ist.

Zuschlag in Höhe von 12,5 % des Durchschnittsfallwertes des Jahres 2019 für im aktuellen Quartal über dem Fallzahldurchschnitt 2019 erbrachte Fälle der Praxis, sofern die Praxis in einem Gebiet mit **drohender Unterversorgung** tätig ist.

Die entsprechenden Gebiete mit (drohender) Unterversorgung bzw. zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf werden durch Beschluss des Landesausschusses Ärzte für jedes Quartal neu festgelegt. Die Durchschnittsfallwerte 2019 und die Fallzahldurchschnitte je Quartal 2019 (Schwellwerte) wurden fachgruppenspezifisch ermittelt und sind dem Anhang zu Anlage 2 zu Teil 2 der MGV-Vereinbarung 2022 zu entnehmen.

Eine Zahlung der Zuschläge erfolgt für die Anzahl der Fälle, die von den förderberechtigten Ärzten über den jeweiligen Schwellwerten der Fachgruppe erbracht wurden. Mit der Förderung soll erreicht werden, dass die Versorgung der Patienten vor Ort, trotz freier Arztsitze, sichergestellt wird.

Die Förderung wird von der KVS zugesetzt.

Delegationsleistungen – Erweiterung und neue Förderhöhe

Die Förderung von Delegationsleistungen soll Anreize zur verstärkten Nutzung von Hausbesuchen durch nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa) oder nichtärztliche Praxismitarbeiter setzen. Ziel der Förderung ist eine Fallzahlsteigerung für delegierbare Leistungen und die Erweiterung der Angebotsstruktur der NäPas in Sachsen, durch Steigerung der Anzahl der Ärzte, die eine NäPa angestellt haben.

Für jede der nachfolgend erbrachte GOP (inkl. Buchstabenkennung) wird ein Zuschlag gezahlt:

GOP nach EBM	Beschreibung	Zuschlag
03062	Hausbesuch des nichtärztlichen Praxisassistenten	12,45 EUR
03063	weiterer Hausbesuch des nichtärztlichen Praxisassistenten in derselben sozialen Gemeinschaft	9,15 EUR
38100	Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter	5,70 EUR
38105	Aufsuchen eines weiteren Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter	2,93 EUR
38200	Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Pflegeheim/Beschützende Einrichtung)	6,75 EUR
38205	Zuschlag zur GOP 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Pflegeheim/Beschützende Einrichtung)	6,23 EUR

Die Förderung wird von der KVS zugesetzt.

Grundpauschalen für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater - neu

Ziel dieser Förderung ist die Sicherstellung und Verbesserung der wohnortnahen ambulanten neurologischen und psychiatrischen Versorgung, sowie die fristgerechte Terminvermittlung durch die TSS.

Die Förderung der Grundpauschalen erfolgt für Behandlungsfälle im aktuellen Quartal, die über 80% des fachgruppenspezifischen Durchschnitts je Quartal im Jahr 2019 liegen. Die Förderung erfolgt in Höhe von 17,00 EURO für jede abgerechnete Grundpauschale (GOP 16210, 16211, 16212, 21210, 21211, 21212, 21213, 21214 und 21215 EBM), die über diesem Schwellwert liegt.

Fachgruppe	durchschnittliche Fallzahl pro Quartal 2019	Davon 80% (Schwellwert für Förderung)
Nervenärzte	986,3	789,0
Neurologen	1.084,7	867,8
Psychiater	864,2	691,4

Die Förderung wird von der KVS zugesetzt.

Aufnahme von neugeborenen Kindern bei Kinder- oder Hausärzten

Die Vertragspartner fördern die Aufnahme von neugeborenen Kindern bei Kinder- oder Hausärzten mit einem Zuschlag zu der GOP 01716 EBM (Früherkennungsuntersuchung U6) in Höhe von 22,50 EURO. Voraussetzung ist, dass bei dem Patienten zuvor vom selben Leistungserbringer (Praxis) die Früherkennungsuntersuchung U4 durchgeführt wurde.

Die Förderung ist durch Angabe der Förder-Nr. 99666 durch den Arzt abzurechnen.

Schmerztherapeutische Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich

Ziel der Förderung ist die Ausweitung der schmerztherapeutischen Kapazitäten durch die Zunahme entsprechender Genehmigungsinhaber sowie durch die Erhöhung der Behandlungsfälle, um einen zeitnahen Zugang der Patienten zur Schmerztherapie zu ermöglichen.

Die bisherige Förderung einer Festquote wird auf die Honorierung von festen Zusatzpauschalen in folgender Höhe umgestellt:

GOP nach EBM	Beschreibung	Zuschlag
30700	Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	7,38 EUR
30702	Zusatzpauschale Schmerztherapie	9,33 EUR
30704	Zuschlag zur GOP 30702 EBM	5,60 EUR
30706	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie	1,61 EUR
30708	Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	3,16 EUR

Mit diesen Zusatzpauschalen soll die Höhe der bisherigen Auszahlungsquote (92,5 %) erreicht werden.

Die Förderung wird von der KVS zugesetzt.

Konservative Leistungen von Augenärzten

Ziel dieser Förderung ist die Erhöhung der konservativen Behandlungen, um den Patienten einen fristgerechten Zugang zur Behandlung zu gewährleisten.

Ausschließlich konservativ tätige Augenärzte oder von der KVS anerkannte geringfügig operierende Augenärzte mit hohem Anteil konservativer Tätigkeit erhalten für jede abgerechnete und vergütete GOP 06225 EBM (Zuschlag zu den augenärztlichen Grundpauschalen für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch konservativ tätige Augenärzte) einen Zuschlag in Höhe von 1,00 EURO.

Bei ambulant operierenden Augenärzten, die nach den Vorschriften des EBM und des aktuellen HVM der KV Sachsen keine Zuschlagsberechtigung für die GOP 06225 EBM haben, aber auch eine versorgungsrelevante Anzahl von konservativ zu behandelnden Patienten betreuen, erhält der operierende Augenarzt ab dem 451. konservativ behandelten Patienten je Quartal eine Vergütung analog der GOP 06225 EBM.

Als konservativ behandelte Patienten gelten in diesem Zusammenhang Patienten bei denen keine Leistungen der Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM und/oder der Intravitrealen Medikamenteneingabe (IVOM - GOP 31371 bis 31373 und 36371 bis 36373 EBM) erbracht werden.

Die Förderung wird von der KVS zugesetzt.

Spezifische Immuntherapie

Die Vertragspartner fördern die quartals- und jahresübergreifende Behandlung der Patienten mit Leistungen der spezifischen Immuntherapie nach der GOP 30130 EBM bzw. der oralen Immuntherapie bei Kennzeichnung der Versichertenpauschale mit der Kennzeichnungs-Nr. 99903, um die Behandlungstreue der Patienten zu erhöhen, damit der empfohlene Dreijahreszeitraum der Behandlung abgeschlossen wird.

Für die Förderung wird im 2. Behandlungsjahr ein Zuschlag von 20,00 EURO und im 3. Behandlungsjahr ein Zuschlag von 40,00 EURO gezahlt.

Die Förderung ist unter Angabe der Förder-Nrn. 99675A (2. Behandlungsjahr) und 99675B (3. Behandlungsjahr) vom Arzt abzurechnen.

Sozialpädiatrische Versorgung

Ziel der Förderung ist eine Steigerung der Anzahl der Leistungserbringer mit sozialpädiatrischer Qualifikation nach Kap. 4.2.4 EBM und eine Steigerung der bei diesen Ärzten behandelten Patienten.

Es erfolgt eine Förderung der GOP 04355 EBM mit einem Zuschlag in Höhe von 2,21 EURO.

Die Förderung wird von der KVS zugesetzt.

Patientenzentrierte Geriatrieversorgung – neue Förderhöhe

Mit der Förderung der patientenzentrierten Geriatrieversorgung sollen Anreize zur häuslichen geriatrischen Versorgung gesetzt werden. Gefördert werden die GOP 01410, 01411, 01412,

01413, 01415, 03062, 03063 sowie 38200 bis 38207 des EBM inkl. Buchstabenkennung bei Patienten (inkl. Heimpatienten) ab dem 76. Lebensjahr, bei denen mindestens zwei Hausbesuche) je Patient durchgeführt wurden.

Die Förderung wird ab 2022 von 10,00 EURO auf 13,00 EURO erhöht.

Die Förderung wird von der KVS zugesetzt.

Patientenzentrierte Palliativversorgung – neue Förderhöhe

Die Förderung der patientenzentrierten Palliativversorgung soll den höheren Betreuungsbedarf der hochmorbiden Patienten im regulären Praxisbetrieb abbilden. Die Zahl der Ärzte, die Hausbesuche für Palliativpatienten durchführen und die Anzahl der Hausbesuche sollen steigen. Für Patienten der palliativmedizinischen Versorgung wird der Hausbesuch je abgerechneter GOP 03372, 03373, 04372 oder 04373 EBM mit einem Zuschlag gefördert.

Die Förderung wird ab 2022 von 4,96 EURO auf 6,20 EURO angehoben.

Die Förderung wird von der KVS zugesetzt.

Fachärztliche Versorgung durch Kinderärzte - Erweiterung

Ziel der Förderung soll es sein, dass Kinder in der Altersgruppe der 0 bis 15-Jährigen vorrangig durch fachärztlich tätige Kinderärzte versorgt werden, wenn eine internistische Grunderkrankung ausgeschlossen oder behandelt werden soll. Eine Behandlung von Kindern durch Fachinternisten für Erwachsene sollte nur im Ausnahmefall stattfinden. Ziel ist eine Erhöhung der fachärztlichen Behandlungsfälle bei den fachärztlich tätigen Kinderärzten und die Senkung der Behandlungsfälle in der regulären kinderärztlichen Versorgung bei diesen Ärzten.

In Fällen, in denen mindestens eine Leistung der Abschnitte 4.4 und 4,5 abgerechnet werden, werden die Gesprächsleistungen nach den GOPn 04230 und/oder 04231 EBM mit einem Zuschlag in Höhe von 20,00 EURO gefördert. Der Zuschlag wird ab 2022 darüber hinaus auch in Fällen gewährt, in denen die GOP 04430 EBM (neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)) abgerechnet wird.

Die Förderung wird von der KVS zugesetzt.

Sonographie der Schilddrüse und des Abdomens - Neuausrichtung

Im Sinne einer Schwerpunktförderung wird die bisherige Förderung aller Sonographieleistungen auf die Förderung der leistungsstärksten Ultraschalluntersuchungen in der Grundversorgung umgestellt. Ziel der Förderung ist eine Erhöhung der Anzahl der Genehmigungsinhaber gemäß Ultraschall-Vereinbarung für die sonografischen Leistungen des Abdomens und der Schilddrüse, der entsprechenden Leistungserbringer sowie der Gesamtanzahl der geförderten Sonographien.

Die Förderung erfolgt in Höhe von 2,00 EURO für die GOP 33012 und 33042A und in Höhe von 4,00 EURO für die GOP 33042.

Die Förderung wird von der KVS zugesetzt.

Psychiatrische Gespräche für Kinder und Jugendliche

Ziel dieser Förderung ist die Verbesserung der kontinuierlichen Versorgung der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Bezugs- oder Kontaktpersonen i. R. von kinder- und jugendpsychiatrischen Gesprächen, Behandlungen, Beratungen und Erörterungen. Ziel ist eine Steigerung der Behandlungsfälle bei Kinder- und Jugendlichenpsychiatern und entsprechend eine Steigerung der Fälle in denen die GOP 14220 oder 14222 EBM abgerechnet werden. Darüber hinaus sollen die Patientenzahlen mit Leistungen nach Kap. 35.2 EBM sinken.

Die Förderung erfolgt durch einen Zuschlag in Höhe von 5,00 EURO für die GOP 14220 EBM und in Höhe von 3,00 EURO für die GOP 14222 EBM.

Die Förderung wird von der KVS zugesetzt.

Radiologische Leistungen für Onkologiepatienten

Ziel dieser Förderung ist die Verbesserung der Versorgung von onkologischen Patienten bei der Anwendung tomografischer Geräteleistungen. Dies umfasst die Zur-Verfügung-Stellung verschiedener medizinisch notwendiger tomografischer Leistungen am selben Tag für mehrere Körperregionen (Komplextermin) ggf. auch mehrfach im Behandlungsfall inklusive einer zeitnahen Befundung der bildgebenden Verfahren Die Förderung erfolgt für CT- und MRT-Leistungen im Zusammenhang mit Diagnosen der Kategorien C 00 bis D 48 des ICD 10 und der Befundung durch den Radiologen und Information des betreuenden Onkologen spätestens in den nächsten drei Werktagen für die

- GOP 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34342, 34350 und 34351 EBM, wenn mindestens zwei der CT-Leistungen am selben Tag (Komplextermin) mit der Förder-Nr. 99678C abgerechnet und vergütet werden, in Höhe von 40 €.
- GOP 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34440 bis 34442, 34450 und 34451 EBM, wenn mindestens zwei MRT-Leistungen im Behandlungsfall mit der Förder-Nr. 99678M abgerechnet und vergütet werden, in Höhe von 40 €.

Die Förderung ist unter Angabe der zutreffenden Förder-Nr. vom Arzt abzurechnen. Durch die Abrechnung erklärt der Radiologe, dass die Befundweitergabe an den Onkologen innerhalb von drei Werktagen erfolgt ist.

Letztmalig in 2022: Nachtdialyse

Die Förderung von Nachtdialysen sollte die Vorhaltung der vorhandenen Strukturen sichern, um berufstätigen Patienten die Behandlung neben ihrer Berufstätigkeit zu ermöglichen. Die von den Vertragspartnern vereinbarten Ziele wurden im Verlauf der seit 2013 gezahlten Förderung nicht erreicht. Die Förderung wird deshalb eingestellt. Das Jahr 2022 ist als Übergangszeitraum zu nutzen, um evtl. erforderliche Anpassungen in den Strukturen der Praxen und in den Behandlungszeiten der Patienten, die derzeit in der Nachtdialyse versorgt werden, vornehmen zu können. Sofern Dialyseeinrichtungen entscheiden, aus diesen Gründen künftig keine Nachtdialyse mehr anzubieten, sind bis zum 30.09.2022 folgende Voraussetzungen zu beachten:

- Information an Krankenkassen zu geänderten Dialysezeiten, mindestens vier Wochen vor Beginn der veränderten Dialysezeit

- Information an KVS zur Fortführung von Nachtdialysen ab dem Jahr 2023.

Gefördert werden die Dialysen während der Nacht (Zuschlag zu den GOPen 13610 und 04564 EBM für die Betreuung bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxishämodialyse bei Nacht) mittels Förder-Nr. 99660.

Der Wert der Förderung beträgt 21,50 EURO je durchgeführter Nachtdialyse. Die Förderung ist maximal 3 Mal pro Kalenderwoche berechnungsfähig.

Die Förderung ist unter Angabe der Förder-Nr. 99660 durch den Arzt abzurechnen.

Wegfall von Förderungen ab 2022:

Förderung der konservativen rheumatologischen Leistungen

Die gesetzten Ziele zur Steigerung der Patientenzahl und der Anzahl der Leistungserbringer (Rheumatologen und Orthopäden) konnte in den vergangenen Betrachtungszeiträumen trotz Förderung nicht erfüllt werden. Die durchgängig stabile bzw. leicht sinkende Anzahl der Leistungserbringer wird u. a. dadurch bedingt, dass die Fördervoraussetzungen (z. B. Mindest-Honoraranteil aus Abschnitt 32.3. EBM) nicht erfüllt werden. Insofern fallen die Voraussetzungen zur Fortsetzung der Förderung rheumatologischer Leistungen ab 2022 weg, sodass eine Förderung ab diesem Zeitpunkt nicht mehr gezahlt werden kann.

Nicht durchsetzbare Forderung der KVS:

Mit der Forderung nach vorzeitiger Berücksichtigung der Tarifabschlüsse für medizinische Fachangestellte bereits im Jahr 2022 konnte sich die KV Sachsen aufgrund der künftigen bundeseinheitlichen Berücksichtigung innerhalb des Orientierungspunktwertes nicht durchsetzen. Entsprechend der gesetzlichen Systematik werden diese bei Festsetzung der Preisanpassung auf Bundesebene für das Jahr 2023 mit einfließen.